

임산부 의료혜택 신청서 Application for Pregnancy Medical Benefits

1. 이름 중간이름 이니셜 성	
2. 거주지 주소 도로 시 주 우편번호	
3. 우편주소(거주지 주소와 다를 경우) 도로 시 주 우편번호	
4. 전화번호 / 이메일 주소 자택 / 휴대폰 / 우선하는 번호	5. 예 아니오 영어로 말하고 읽고 쓰는데 어려움이 있습니까?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 통역관이 필요하십니까? ('예'일 경우, 통역관을 통해 대화하도록 하겠습니다) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 어느 언어를 사용하십니까?
직장 / 메시지 수신 번호	
이메일 주소	

6. 출산 예정일: _____ 모를 경우 추정한 날짜를 기입하십시오. _____
 임신여부를 어떻게 확인했습니까?: 가정용 임신테스트 의사 보건부
 기타: _____

7. 임산부의 건강상태가 진료를 즉시 받아야 하는 상태입니까? 예 아니오

일반 정보

8. 귀하를 비롯하여 주소지에 함께 거주하는 모든 사람을 기재하십시오. 법적 이름을 사용하십시오. 가명이나 별명을 사용하지 마십시오. 사회보장번호를 모르시면 빈 칸으로 두십시오.

이름 (이름, 중간이름, 성)	성별 남/여	신청인과의 관계	생년월일 (월/일/년)	사회보장번호	미국 시민권 소지 여부 예 아니오	출생지 (시/주)	미시민권자가 아닐 경우	
							미국 입국 일자	보증인이 있으십니까? 예 아니오
A.		자신			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

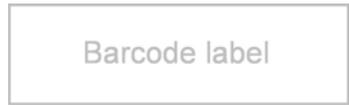
이민 신분을 증명할 수 있는 문서를 첨부하십시오.

건강보험 및 의료 정보

9. 건강보험을 이미 갖고 있습니까? 예 아니오 '예'일 경우 보험료를 지불해 드릴 수도 있습니다.
 '예'에 체크한 경우 건강보험사 이름 또는 고용주(직장) 이름, 보험약관 번호 및 보험계약자 이름, 사회보장번호 등을 기재하십시오. 건강보험이 있는 경우에도 의료혜택을 받을 자격이 있을 수도 있습니다.

건강보험회사 또는 고용주	보험약관 번호	보험계약자 이름	보험계약자의 SSN

10. 가족 중에 임산부 지원 서비스(Maternity Support Services) 및/또는 임산부 사례 관리(Maternity Case Management) 등을 포함하여 지난 삼(3)개월 동안에 의료서비스를 받은 사람이 있습니까? 예 아니오



소득

직장 / 자영업으로 번 소득		직장 / 자영업으로 번 배우자의 소득	
11. 고용주 이름과 전화번호		13. 고용주 이름과 전화번호	
12. 세금/지출비 공제 전의 총소득 _____ <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 한 달에 2 회 <input type="checkbox"/> 매일 매주 근로시간:		14. 세금/지출비 공제 전의 총소득 _____ <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 한 달에 2 회 <input type="checkbox"/> 매일 매주 근로시간:	
기타 소득	금액	이 소득을 얼마나 자주 받으십니까?	가족 중에 누가 이 소득을 받으십니까?
15. 아동양육비 또는 별거수당			
16. 사회보장금			
17. 실직수당			
18. 재향군인혜택/군수당			
19. 산재수당(Labor and Industries)			
20. 투자 소득/기타(설명요):			

지출

	예	아니오	'예'일 경우, 지출금액
9. 일을 하는 동안 아이나 성인을 다른데 맡기는 비용을 지불합니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. 자택에 같이 살고 있지 않는 자녀를 위해 아동양육비를 지급하고 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

인종/민족 배경

원하실 경우 인종/민족적 배경 정보를 알려주십시오. 이 정보는 의료혜택 수혜 여부를 가리는 데 사용되지 않습니다.

백인 히스패닉 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민; 부족명: _____
 베트남인/라오스인/캄보디아인 기타 아시아인 또는 태평양 섬주민 기타: _____

먼저 자세히 읽으신 후 서명하십시오.

본인은 다음을 이해합니다.

- 제 상황에 어떤 변화가 있으면 서면으로 또는 전화로 즉시 해당 기관 또는 해당 기관의 피지명자에게 보고해야 합니다. 늦게 보고하면 정확하지 않은 혜택을 받게 될 수도 있습니다.
- 해당 기관 또는 기타 주 기관이나 연방 기관에서 제 상황을 확인할 수 있습니다.
- 저는 도움을 받을 자격이 있는지 반드시 증명해야만 합니다. 저는 증빙서류를 입수할 수 있도록 또는 기타 사람이나 기관에 증빙서류를 위해 연락할 수 있도록 해당 기관 또는 해당 기관의 피지명자의 도움을 받을 수 있습니다.
- 의료혜택을 신청하여 수혜하는 사람은 모든 의료지원이나 제삼자가 지불하는 의료비 지불금에 대한 당사자의 권리를 워싱턴 주정부에 양도하는 것입니다.
- 해당 기관의 의료프로그램 관리에 직접적으로 연관이 있을 경우 제 아이의 예방접종 기록부를 보건부의 아동 프로파일 예방접종 추적 시스템과 공유할 수 있습니다.
- 저는 이 서류가 임신부를 위한 의료혜택 신청서라는 것을 이해합니다. 제 가족에게 재정적 지원이나 푸드스탬프가 필요할 경우 우리 가족은 DSHS 사무처(CSO)로 신청해야만 합니다.

선언 및 서명

저는 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해했으며, 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에 이 신청서에 본인이 제공한 정보가 진실하며 정확하고 본인이 아는 바를 기입하였음을 선언합니다.

신청인의 서명 날짜

본 기관 또는 본 기관의 피지명자가 관리하는 모든 프로그램과 활동에 있어 차별대우는 금지됩니다. 이들 프로그램과 활동에 인종, 피부색, 신념, 정치적인념, 국적, 종교, 나이, 성별 또는 장애여부로 인해 아무도 배제될 수 없습니다.